Ueber

Psychosen

nach

acuten Infectionskrankheiten.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medicinischen Fakultät

der

Kgl. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von

Fritz Lesser, cand. med.

aus Berlin.

München.

Buchdruckerei von M. Ernst.

1897.

Ueber

Psychosen

nach

acuten Infectionskrankheiten.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medicinischen Fakultät

der

Kgl. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von

Fritz Lesser, cand. med.

aus Berlin.

München.

Buchdruckerei von M. Ernst.

1897.

Referent:

Herr Geheimer Obermedicinalrath Prof. Dr. v. Ziemssen.

Meinen Eltern.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546007_0047

Erst gegen Ende des vorigen Jahrhunderts, wo von der französischen Schule aus eine grosse Reformation der Psychiatrie ins Leben trat und auch die Geisteskrankheiten in das Gebiet der Pathologie aufgenommen wurden, richtete sich die Aufmerksamkeit der Aerzte auch auf die somatischen Ursachen der Psychosen, und Esquirol war es, der zuerst den ätiologischen Zusammenhang zwischen acuten fieberhaften Erkrankungen und Psychosen erkannte. Auf deutscher Seite war es besonders Griesinger, der zuerst seine Erfahrungen in umfassender Weise in seinem Lehrbuche »Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten« niederlegte. Aus allen Forschungen ging hervor, dass höchst wahrscheinlich alle acuten fieberhaften Krankheiten geistige Störungen hervorrufen können, und dass unter diesen besonders der Typhus abdominalis, dann Pneumonie und die acuten Exantheme an Häufigkeit prävalieren.

Um die Grenzen des Gebietes, welches hier abgehandelt werden soll, etwas näher zu bestimmen, will ich bemerken, dass die durch Puerperalfieber und acute fieberhafte Hirnkrankheiten hervorgerufenen Psychosen,

ebenso jene fieberhaften Störungen, bei denen Alkoholismus als ätiologische Veranlassung in den Vordergrund tritt, ausgeschlossen werden sollen, weil bei den genannten Affectionen nicht direkt hierher gehörige Verhältnisse in Wirkung treten. Auch der Einfluss acuter fieberhafter Krankheiten auf bestehende Geistesstörungen liegt ausserhalb des Rahmens der vorliegenden Arbeit.

Geistige Störungen können in den verschiedensten Stadien der acuten fieberhaften Krankheiten auftreten. Am besten unterscheidet man zwei Gruppen derselben, nämlich solche, welche mit dem Beginn und auf der Höhe des Fiebers einsetzen, und solche, welche nach überschrittener Krankheitshöhe und nach dem Aufhören des Fiebers sich entwickeln. Die der ersten Gruppe angehörigen Formen hat man fast einstimmig als febrile Psychosen bezeichnet, die der zweiten Gruppe sind in der Litteratur mit den verschiedensten Namen belegt worden. Manche Autoren rechnen sie dem Delirium acutum zu, Andere bezeichnen sie als »acute Verwirrtheit« oder als »acutes hallucinatorisches Delirium«, wieder Andere als Erschöpfungspsychosen. Wir wollen sie nach Kräpelins Vorgange als asthenische Psychosen bezeichnen.

Die Genese der beiden Krankheitsgruppen ist eine durchaus verschiedene. Bald ist es das Fieber, d. h. die erhöhte Eigenwärme des Körpers, welche sich natürlich auch dem Centralnervensystem mitteilen muss, bald die Beschleunigung in der Circulation, drittens

endlich die Einwirkung eines specifischen Krankheitsgiftes, schliesslich auch ein Zusammenwirken dieser Agentien, durch welches die febrilen Psychosen hervorgerufen werden. Der Ursprung der asthenischen Psychosen ist nicht so klar. Nach Kräpelin sind sie, wie auch der von ihm gewählte Name besagt, durch eine Erschöpfung des Nervensystems infolge der überstandenen Infectionskrankheit bedingt. Wir werden bei Besprechung der Pathogenese dieser zweiten Gruppe noch näher darauf zurückkommen. Im Folgenden wollen wir uns mit den klinischen Eigentümlichkeiten und dem Verlauf der asthenischen Psychosen näher beschäftigen, welche schon deshalb einen grösseren Anspruch auf Interesse haben, weil sie nicht blos wie andere Psychosen in ihren Anfängen, sondern häufig genug während ihres ganzen Verlaufes der Behandlung des Hausarztes unterliegen.

Allgemeine Symptomatologie und Verlauf.

Um vorerst das Krankheitsbild in seinem einfachen Verlauf kurz zu skizzieren, sei es mir gestattet, an einen Fall anzuknüpfen, der nach einer acuten Infectionskrankheit entstanden ist. Ein Kranker hat eine Pneumonie überstanden. Das Fieber ist geschwunden, der Puls ist normal, die physikalischen Eigenschaften an den Lungen bieten nichts Abnormes mehr. Trotzdem

erscheint der Kranke nicht in dem Behagen eines Reconvalescenten. Der Appetit fehlt, der Schlaf ist gestört; der aufmerksame Beobachter sieht an dem Kranken einzelne unerklärliche Bewegungen und Gesten. Das Selbstbewusstsein ist getrübt; der Kranke verkennt die Umgebung, wird zeitweise heftig erregt, schreit laut und schlägt um sich. Zwischendurch kommen Stunden oder Minuten, in welchen er wieder den Eindruck von Ruhe und Verständigkeit macht. Allmählich tritt grössere Ruhe ein, und in wenigen Wochen geht der Kranke in verhältnismässig schneller Reconvalescenz zur Genesung über. Für das während der Krankheit Erlebte besteht in der Regel eine volle Erinnerung nicht, doch weiss der Kranke meist über den Beginn seiner Krankheit wie über eine Reihe von Ereignissen aus derselben Auskunft zu geben. Puls und Temperatur bleiben in der Regel normal, eintretendes Fieber weist immer auf eine Komplication hin. Die Nahrungsaufnahme ist meist eine sehr ungenügende, so dass künstliche Ernährung nötig wird.

Der soeben geschilderten agitierten Form der asthenischen Psychosen steht die in ruhiger, mehr passiver Weise verlaufende Form gegenüber. Der Kranke ist andauernd ruhig, in sich versunken, ohne Teilnahme für seine Umgebung. Er macht den Eindruck eines Menschen, der sich im Traumzustand befindet. Kein Wort ist aus ihm herauszubekommen, zur Aufnahme der Nahrung, zur Befriedigung seiner Bedürfnisse bedarf er besonderer Erinnerung.

In stärkerem Grade steigert sich diese passive Form zu einem völligen Stupor, in welchem der Kranke regungslos im Bett liegt, wo aktive Bewegungen völlig verschwinden. Der Zustand der Muskeln kann sich bis zur völligen Starre entwickeln. Die Nahrungsaufnahme wird nur durch künstliche Fütterung möglich, Urin und Koth gehen unwillkürlich ab.

Zwischen diesen beiden Formen der asthenischen Psychosen kommen mannigfache Übergänge und Complicationen vor. In einzelnen Fällen zeigt der Verlauf der Krankheit wechselnd das Bild der agitierten und passiven Form. Um ein Beispiel hierfür anzuführen, und um in das Wesen und den Verlauf dieser geistigen Störungen mehr einzudringen, als es das oben angeführte, kurz skizzierte Bild zulässt, sei es mir gestattet, näher auf eine im Anschluss an Scarlatina entstandene, acute Psychose einzugehen, die ich in ihrem Entstehen und ganzen Verlaufe hindurch in der Klinik des Herrn Geheimrath Prof. Dr. von Ziemssen dahier zu beobachten Gelegenheit hatte.

Johann R....., 20 Jahre alt, Sattler, kräftig gebaut und in gutem Ernährungszustand, trat am 5. Mai in das hiesige Krankenhaus ein. Patient giebt an, dass er vor 3 Tagen, als er Morgens aufstehen wollte, vor Schwäche kaum stehen konnte und Halsschmerzen und Kopfweh hatte. Er blieb tagsüber im Bett, hatte Schüttelfrost, keinen Appetit, Durchfall. An den folgenden Tagen nahm er die Arbeit wieder auf, sein Zustand verschlimmerte sich jedoch, Husten

stellte sich ein, er hatte unruhigen Schlaf, Nachts grosse Hitze und Phantasieen, so dass er das hiesige Krankenhaus aufsuchte. Eltern sind tot. Vater an einem Trauma, Mutter an Lungentuberculose gestorben. Infection und Potus negiert.

Die Diagnose lautet auf Scharlach. Die objektive Untersuchung ergiebt ausser den für die Scarlatina charakteristischen Erscheinungen nichts Abnormes. Insbesondere fällt die Untersuchung des Nervensystems negativ aus. Im Urin Spuren von Eiweiss. Die Behandlung bestand in einer einmaligen Injektion von 2 % Karbolsäure in die Tonsillen, worauf die Halsbeschwerden geringer wurden. Der höchste Stand des Fiebers war 40,2.

7. Mai: Die morgendliche Temperaturremission beträgt 38,3° C. Abends steigt das Fieber bis 39,8 ohne besondere Alteration des Allgemeinbefindens. Sensorium ist frei. Der Eiweissgehalt im Urin ist bedeutend geringer. Die microscopische Untersuchung des Sediments ergiebt spärliche hyaline und granulierte Cylinder.

8. Mai: Temperatur subfebril. Eiweissgehalt hat sich noch mehr verringert. Abends bekam Patient plötzlich Hallucinationen. Er glaubte, dass „böse Buben“ sich unter seinem Bett versteckt hätten und auf ihn eindringen wollten. Er war die Nacht hindurch sehr aufgeregt, delirierte, sprang wiederholt aus dem Bett, so dass er auf eine Isolierzelle gebracht werden musste.

9. Mai: Die Verfolgungsideen dauern fort; Patient ist nur sehr schwer im Bett zu halten.

10. Mai: Patient ist völlig stuporös, reagiert auf Fragen überhaupt nicht, liegt regungslos im Bett. Die Augen sind starr auf einen Punkt gerichtet. Pupillenreflexe sind erhalten. Es besteht leichter Tremor der Zungen- und Unterlippenmuskulatur. Patellarreflexe sind bedeutend gesteigert, Fussclonus lässt sich nicht auslösen. Harn ist frei von Eiweiss. Temperatur subnormal.

11. Mai: Sensorium ist etwas freier. Auf eindringliches Befragen giebt Patient nichtssagende Antworten. Patient ist ruhig, schläft viel.

13. Mai: Patient erkennt mitunter die Umstehenden; giebt auf Fragen nur sehr mangelhaft Antwort. Temperatur fast subnormal. Schlaf ruhig.

15. Mai: Patient befindet sich heute etwas besser. Sensorium ist frei. Schlaf und Appetit sind vorhanden. Temperatur 36°.

17. Mai: Patient ist heute wieder ganz frisch und fühlt sich subjektiv wohl. Sensorium unbenommen.

Auch an den folgenden Tagen trat keine Verschlimmerung in dem Zustande des Kranken ein. Erst am 22. Mai traten wieder Verfolgungsideen auf.

22. Mai: Patient ist sehr aufgeregt. Er glaubt, dass er umgebracht werde etc. Die Sehnenreflexe sind nicht gesteigert. Die Pupillen sind sehr erweitert, reagieren aber gut. Es besteht kurzschlägiger Nystagmus, mitunter durch Ruhepausen unterbrochen.

24. Mai: Patient ist wieder völlig bei Bewusstsein. Die Beängstigungen haben nachgelassen. Wohlbefinden ist subjektiv gut.

25. Mai: Patient wurde wieder des Morgens von Verfolgungsideen geplagt. Er fürchtet, getötet zu werden. Nach einigen Stunden und den übrigen Tag waren diese Ideen völlig geschwunden und subjektives Wohlbefinden eingetreten. Auch an den folgenden Tagen war keine Verschlimmerung im psychischen Verhalten zu konstatieren. Anfälle kamen überhaupt nicht mehr vor; nur grosse Aengstlichkeit gab sich aus manchen Aeusserungen des Kranken zu erkennen. Er hockt meistens im Zimmer und ist nur schwer zu überreden, allein ins Freie zu gehen. Andrerseits aber ist es sein sehnlichster Wunsch, bald entlassen zu werden und zu seinen Verwandten zurückzukehren. Der lange Aufenthalt im Krankenhause und die Sehnsucht nach seinen Verwandten wirken zweifellos auf die Stimmung eines so jungen Patienten deprimierend ein, und es ist keine Frage, dass die geringen psychischen Verstimmungen, zumal bei der guten Prognose der nach acuten Infectionskrankheiten auftretenden Psychosen bald zur völligen Lösung kommen werden.

Vergleicht man die bei den einzelnen acuten fieberhaften Krankheiten vorkommenden Psychosen mit einander, so zeigt sich keine bemerkenswerte Differenz. Die Formen der einen acuten fieberhaften Krankheit werden auch bei den übrigen gefunden, und es giebt wohl keine Form, die für eine dieser somatischen

Affectionen specifisch wäre oder nur bei der einen, nicht aber bei der andern vorkommen könnte.

Sehr wahrscheinlich erscheint als allgemeines Resultat, dass alle diejenigen somatischen Krankheiten, die wesentlich durch ihre Acuität hervorstechen, die den Organismus durch die plötzliche Intensität ihres Ausgangs und ihrer Gesammtwirkung in eine besonders rasche Schwankung bringen und ihren Repräsentanten in der croupösen Pneumonie haben, am häufigsten maniacalische Störungsformen hervorbringen, während die ihnen darin entgegengesetzten, durch relativ grössere Extensität wirkenden, deren Repräsentant der acute Gelenkrheumatismus und der Abdominaltyphus darstellen, mächtiger in der Erzeugung von melancholischen Zuständen sich erweisen.

Diagnose.

Zuweilen lässt sich durch die Angaben des Patienten in der Reconvalescenz die direkte Entwicklung der Krankheit aus den Fieberhallucinationen nachweisen. In der Regel ist es eine Gehörstäuschung, welche dem Kranken auch nach Aufhören des Fiebers haften blieb. Zuerst belästigte sie ihn nur wenig, später aber erregte sie ihn durch die häufige Wiederkehr, bis sich schliesslich andere Hallucinationen anschlossen und die psychische Störung zum Ausdruck brachten. Das Vorstellungsleben, die jeweilige Stimmung, das äussere Verhalten und Gebahren der Kranken ist teils ganz von den Hallucinationen abhängig, teils

sind sie von denselben in hohem Grade beeinflusst, so dass die Sinnestäuschungen als das Grundphänomen für derartige psychische Zustände angesehen werden müssen.

Die angeführten Formen der asthenischen Psychosen stellen also ein einheitliches Krankheitsbild dar. Mögen sie in ihrem Verlaufe auch noch so affectuöse Krankheitsbilder liefern, so sind sie dennoch nicht wohl in die altherkömmlichen Formen der Manie und Melancholie hineinzuzwängen. Die Manie zeigt öfter völligen Mangel der Hallucinationen. Sie beginnt ferner in der Regel nicht gleich als acute Manie, sondern entwickelt sich bald langsamer, bald rascher aus der milden Form. Von der Melancholie sind die angeführten hallucinatorischen Formen leicht durch den Wechsel der Stimmung bei letzteren zu unterscheiden, welcher der Melancholie fremd ist. Ferner könnte differential diagnostisch noch das Alkoholdelirium in Betracht kommen. Hier kann allerdings die Differentialdiagnose zuweilen Schwierigkeiten bieten. Oft ist nur der Nachweis des Mangels von Alkoholexcessen massgebend. Doch sind die Erscheinungen des Alkoholdeliriums meist weniger intensiv und von kürzerer Dauer.

Statistisches.

Statistische Angaben über die Häufigkeit der Psychosen nach acuten Infektionskrankheiten sind in der Litteratur nur recht spärlich aufzufinden, und

selbst die wenigen Mitteilungen zeigen nur wenig Uebereinstimmung. Soviel aber scheint festzustehen, dass die eigentlichen geistigen Erkrankungen ziemlich seltene Complicationen der acuten, fieberhaften Krankheiten darstellen. Auch über die Art der Verteilung der psychischen Störungen auf die einzelnen Infectionskrankheiten lässt sich aus den in der Litteratur niedergelegten Zahlen nicht zu endgiltigen Resultaten gelangen. Auch hier kann man aber aus der Uebereinstimmung sämtlicher Angaben den Schluss ziehen, dass der Typhus abdominalis unter den acuten fieberhaften Infektionskrankheiten am häufigsten geistige Erkrankung veranlasst (3,5 %), ja dass er in diesem Punkt der Gesamtzahl der übrigen Erkrankungen ungefähr äquivalent ist. Im Allgemeinen ist die Krankheit am häufigsten im zweiten bis vierten Lebensdecennium, doch kommen auch im Kindesalter und im hohen Greisenalter Fälle von asthenischen Psychosen vor.

Pathologische Anatomie.

Zieht man die pathologische Anatomie, die competenteste Erklärerin klinischer Erscheinungen, zu Rate, so sind in der Litteratur nur ganz flüchtige, vereinzelte Angaben aufzufinden. Die meisten Untersuchungen beschäftigen sich mit dem Abdominaltyphus. Ich möchte besonders die Untersuchungen Buhl's, welche

auf die Bestimmung des Wasser- und Fettgehaltes des Gehirns gerichtet waren, erwähnen und die Griesingers. Letzterer bemerkt, dass das Ergebnis der anatomischen Untersuchungen vollständig negativ gewesen sei. Oefters hat er in den der Reconvalescenz angehörigen Fällen exquisite Anämie gefunden. Die meisten Autoren stimmen darin überein, dass pathologische Veränderungen, aus denen bei den sämtlichen acuten fieberhaften Krankheiten die klinischen Erscheinungen erklärt werden können, in der Regel in erheblichem Masse nicht nachzuweisen sind. Nimmt man als den relativ sichersten Befund den des acuten Hirnödems an, so ist es noch sehr fraglich, in wie weit dasselbe mit den hier betrachteten psychischen Störungen in Verbindung zu bringen ist. Vor Allem können jene leichten Formen, in denen die Schnelligkeit des Verlaufs und der günstige Ausgang schon darauf hinweisen, dass es sich um lediglich functionelle Störungen handelt, nicht darauf zurückgeführt werden. Kurz, die Angaben der pathologischen Anatomen geben noch sehr geringen Aufschluss, zum Teil sind sie auch einander direkt widersprechend.

Einen sehr positiven Gehirnbefund habe ich bei einer nach Erysipelas faciei entstandener Psychose zu verzeichnen. Am 14. Januar 1892 trat Patientin in die Klinik des Herrn Geheimrat v. Ziemssen ein. Die rechte Gesichtshälfte war stark angeschwollen und Patientin verspürte besonders in der Schläfengegend heftigen Schmerz. Die Höhe des Fiebers betrug 40,3.

Am 16. Januar trat der kritische Abfall desselben auf 36,5 ein. Am Abend desselben Tages stellte sich lebhaftes Delirium ein, das die Nacht hindurch fortdauerte, begleitet von Furchtzuständen. Die Psychose hielt bis zum Tode an, der plötzlich unter starker Cyanose am 18. Januar erfolgte. Bei der Section zeigten sich auf den Schnittflächen der Grosshirnhemisphären rasch zerfliessende Blutpunkte. Die graue Substanz war auffallend dunkelgraurot, die Consistenz der Schnittflächen sehr weich. An mehreren Stellen der Rinde waren auf dem dunkelgrauroten Grunde gelbliche Flecken, ebenso in den Stammteilen, besonders im Nucleus caudatus. Auch im Thalamus opticus bestanden linsengrosse, teilweise confluierende, gelbliche Flecken. Am Durchschnitt der Pons zeigte sich die graue Substanz derselben etwas gerötet. Die microscopische Untersuchung ergab, dass die gelben Herde sowohl in der Rinde wie in den Stammteilen bei der frischen Untersuchung eine mässige Zahl freier Fettkörnchen zeigten, ferner sehr viele Ganglienzellen mit Einlagerung von Fettkörnchen, einzelne etwas gequollene und getrübte Achsencylinder, anscheinend etwas gequollene Gliazellen. Nirgends war eine Vermehrung der Kerne oder Ansammlung von Leucocythen wahrzunehmen. Die anatomische Diagnose wurde dahin zusammengefasst: Erysipelas faciei. Congestive Hyperämie und Oedem des Gehirns. Beginnende multiple Degeneration in den Stammteilen. Acute parenchymatöse Encephalitis. Es ergiebt sich also aus dem Sectionsbefund, dass von

einer Fortleitung des Erysipelas faciei auf das Gehirn durch Streptococceninvasion nicht die Rede sein kann.

Dass die Intensität der psychischen Erkrankung durchaus nicht mit der körperlichen Erkrankung hier im Widerspruch zu stehen braucht, beweisen zahlreiche Fälle anderer Autoren. Uebereinstimmend wird bezüglich der Schwere der Affection angegeben, dass leichte Krankheiten ebenso gut Psychosen hervorrufen können, wie schwere, und dass zwischen Psychose und Intensität der körperlichen Erkrankung kein Verhältnis gefunden wird. Andrerseits sind die Fälle häufig, in denen Individuen die heftigsten fieberhaften Krankheiten durchmachen, ohne auch nur Spuren von Geistesstörung zu zeigen.

Ich möchte es nicht unterlassen, einige neuere Ergebnisse der anatomischen Forschung zu erwähnen, welche in jüngster Zeit von Alzheimer mitgeteilt wurden. In klinischer Beziehung handelte es sich dabei um Fälle, die eine Erschöpfung als Ursache annehmen liessen, bei denen Verwirrtheit und ängstliche Ratlosigkeit im Beginn der Erkrankung im Vordergrund standen. Dies und der Umstand, dass bei einer klinisch der Verwirrtheit zuzurechnenden Geistesstörung von demselben Autor analoge Rindenveränderungen gefunden wurden, lässt die Vermutung zu, dass wir hier einen Befund vor uns haben, der sich möglicherweise ganz allgemein als das anatomische Substrat der acuten Erschöpfungspsychosen ergeben dürfte. Die beobachteten Veränderungen waren folgende: Die Ganglienzellen

erschienen geschwellt, ihre Fortsätze traten auf weite Strecken hervor und hatten, wie die ganze Zelle, ein plumpes Aussehen; die achromatische Substanz nahm in leichtem Masse Farbe an, die Chromatinschollen der Ganglienzellen waren in feinste Stäbchen zerfallen, die ganz gleichmässig über die Zelle verteilt erschienen. So stellte sich die ganze Zelle als ein stark gequollenes, fein gekörntes, kaum färbbares Gebilde dar; nur das Kerngerüst und der nucleolus bewahrte seine Tingierbarkeit. Der Kern zeigte sehr wenig Neigung zu degenerativer Veränderung, sehr selten nahm er eine verzogene Form an und zerfiel, während sich dann auch der Zellleib in einzelne Klumpen auflöste. Alle Schichten der Hirnrinde, alle Windungen waren gleichmässig betroffen.

Ferner fand derselbe Autor bei einem Teil der asthenischen Psychosen histologische Befunde, die denen an Intoxicationspsychosen erhobenen ausserordentlich ähnlich sind: Ganz im Vordergrund des histologischen Bildes standen Veränderungen der Neuroglia. In sämmtlichen Partieen der Hirnrinde fanden sich massenhafte Kernteilungen der Gliazellen, die alle Erscheinungen der Wucherung darboten. Auch die Ganglienzellen aller Schichten und Windungen waren erkrankt; sie waren geschwellt, ihre Fortsätze weithin sichtbar, die achromatische Substanz leicht tingierbar, die chromatische Substanz wie ein Schwamm mit vielen Poren, manchmal mehr netzförmig angeordnet. Auch an den Kernen der Ganglienzellen fanden sich schwere Veränderungen; zerfallene Zellen waren häufig.

Schliesslich ist es nicht unmöglich, dass es Anomalien ganz unbekannter Art sind, welche diese geistigen Störungen nach acuten fieberhaften Processen hervorrufen. Ich will noch bemerken, dass neuerdings Bakterienbefunde gemacht worden sind. Es erscheint aber dieses ätiologische Moment schon deshalb unwahrscheinlich, weil nirgends in der Literatur z. B. Epidemieen von hieher gehörigen Infectionskrankheiten gefunden wurden, bei denen auch das Auftreten der Psychose als ein epidemisches bezeichnet werden konnte.

Aetiologie.

Wie bei den meisten Nervenkrankheiten, so kommt auch bei den Psychosen nach Infektionskrankheiten der zuerst von deutschen Psychiatern zur Geltung gebrachte Satz in Anwendung, dass die gewöhnlichste Ursache des Irreseins nicht in einem einzelnen Momente, sondern in einer Kumulation mehrerer gesucht werden muss.

Eins der wichtigsten Momente zum Zustandekommen geistiger Störungen nach acuten fieberhaften Krankheiten liegt in einer individuellen Disposition. Untersucht man auf die als prädisponierende Momente allgemein anerkannten Erscheinungen, so findet man zunächst über die hereditäre Belastung übereinstimmend bei allen Autoren, welche ihr Augenmerk darauf gerichtet haben, die Angabe, dass dieselbe eine sehr

hervorragende Rolle spielt. Bei 40 % hereditäre Belastung anzunehmen, würde zwischen den Extremen die Mitte halten. Und der Procentsatz derjenigen Kranken, in deren Anamnese teils acquirierte Disposition, teils abnorm reizbare oder schwache psychische Konstitution aufgefallen war, überwiegt bei Mitberechnung der Fälle, in denen diese Zustände neben hereditärer Belastung verzeichnet waren, die für Heredität gefundene Zahl nicht unbedeutend. Besonders waren es hier Ueberanstrengungen, noch mehr Kummer und Sorgen, die die Patienten geistig oft aufs Schwerste heruntergebracht hatten.

Die recht zahlreichen positiven Angaben über die psychische Konstitution beziehen sich meist auf Individuen, die schon immer durch abnorme Reizbarkeit, nervöses Temperament, durch anomale Charakterbildung, oft verbunden mit Neuralgien, hysterischen und anderen neuropathischen Erscheinungen, aufgefallen waren.

Betrachten wir auf das eben Angeführte hin die oben erwähnte Geistesstörung, die im Anschluss an Scarlatina ausgebrochen war. Der junge Mann hatte sich so lange hingeschleppt, bis seine Kräfte aufs äusserste erschöpft waren und sich erst dann ins Krankenhaus begeben. Hierzu kommt, dass er nach seinen eigenen Angaben sehr furchtsam und ängstlich ist. Die Angst besteht, wie er selbst versichert, erst seit einem halben Jahr, wo er in Nürnberg von »bösen Buben« durchgeprügelt wurde, wobei er eine Verletzung

am Hinterkopfe davon trug. Schon damals, als das Sensorium des Kranken nicht frei war und er nur auf eindringliches Befragen wenige Worte hinstammelte, gab er als Ursache seiner Angst an, dass er von »bösen Buben« verfolgt und durchgeprügelt worden sei. Wann und wo dies geschehen, konnte er jedoch damals nicht angeben, weil eben bei der der Krankheitsform charakteristischen Verwirrtheit Ort und Zeit in dem Vorstellungsablauf wild durcheinander geworfen werden.

Es darf also behauptet werden, dass hier, wie in der grossen Mehrzahl der Fälle die acuten fieberhaften Krankheiten nur veranlassende Momente des Irreseins waren, die erst auf dem Boden einer temporären Hirnbelastung diesen Effect zu äussern vermochten.

Schon Griesinger und nach ihm mehrere andere Autoren machen darauf aufmerksam, dass es in der That Individuen giebt, bei denen entschiedenermassen jede bedeutende körperliche Erkrankung durch sekundäre Gehirnaffection Anlass zum Irresein giebt und in der Litteratur sind die Fälle nicht selten, in welchen verzeichnet ist, dass oft vor einer Reihe von Jahren das betreffende Individuum schon einmal bei Anlass irgend einer acuten Erkrankung von Irresein befallen worden war.

Ganz übereinstimmend sind viele Autoren darin, dass die Ursache der Psychosen vielfach in den acuten fieberhaften Infectionskrankheiten selbst gelegen ist. Der während der körperlichen Erkrankung durchgemachte Process hat seine ganze schädigende Wirkung

zur Entfaltung gebracht, und man hat es mit Individuen zu thun, die durchweg in einem Zustande der Erschöpfung, verminderter Resistenzfähigkeit sich befinden. Es sprechen für diese Auffassung in der That die augenfällige Schwäche und Herabgekommenheit der Patienten, die oft verzeichnete Besserung der geistigen Störung proportional der Hebung der Kräfte und Ernährung und die guten Erfolge einer tonisierenden Behandlung. Dass Psychosen gerade nach Typhus abdominalis so häufig sind, erklärt sich leicht daraus, dass gerade nach dieser Krankeit die Reconvalescenz eine sehr langsame ist, weil die primären Wege der Resorption durch den Krankheitsprocess selbst zum Teil zerstört sind.

Gegenüber der Ansicht, die Psychosen auf einen Erschöpfungszustand zurückzuführen, stehen die Autoren, welche das Entstehen der geistigen Störungen auf einer Intoxication des Blutes durch die bei der betreffenden acuten körperlichen Erkrankung gebildeten Toxine basieren lassen. Für diese Auffassung spricht besonders der Umstand, dass man auch das Auftreten von Psychosen nach kurzer fieberhafter Erkrankung (z. B. nach Angina tonsillaris von dreitägiger Dauer) bei kräftigen Individuen beobachtet hat, wo von einer Erschöpfung eigentlich nicht die Rede sein kann. Auch der Umstand, dass, wie oben erwähnt, bei einem Teil der Fälle der histologische Befund dem bei Intoxicationspsychosen erhobenen sehr ähnlich ist, spricht für diese Erklärung. Nach dieser Theorie würde sich das

häufige Vorkommen nach Typhus damit leicht erklären lassen, dass die Ausscheidung der Toxine infolge der Darmaffection nicht so schnell von statten gehen kann.

Ausser diesen allgemeinen, bei allen acuten fieberhaften Krankheiten wirkenden Ursachen giebt es nun noch eine nicht geringe Zahl solcher, die nur bei einzelnen Krankheiten besonders in Rechnung kommen und individuell so ungemein verschieden und mannigfaltig sein können, dass eine Aufzählung derselben unmöglich sein würde. Es soll hier nur auf wenige derartige Momente, die besonders wichtig erscheinen, aufmerksam gemacht werden.

Bei plötzlichem Fieberabfall, also besonders nach Pneumonie und Erysipel, dürfte wohl der Ausbruch der Psychose nicht zum wenigsten auf die nach dem raschen Aufhören des Fiebers plötzlich eingetretene acute Aenderung der Blutzufuhr zum Gehirn zurückzuführen sein. Ferner wird man auch den mächtigen Einfluss der durch Pneumonie verursachten Dyspnoe nicht unterschätzen, wenn man ihre intensive Wirkung auf die Stimmung psychisch ganz normaler Personen in Betracht zieht und schliesslich noch die Schmerzen, die ja fast allen diesen Krankheiten, besonders aber im acuten Gelenkrheumatismus zur Wirkung gelangen.

So hat man es also mit einem Komplex der verschiedensten Ursachen zu thun, die durch Interferenz untereinander, als auch durch Zusammenwirken mit

anderen, oben geschilderten Momenten sich cumulieren und so die fraglichen Geistesstörungen in Erscheinung bringen.

Prognose.

Die Prognose der nach acuten fieberhaften Erkrankungen sich einstellenden Psychosen gehört zu den besten von allen Geisteskrankheiten. Die Dauer der Krankheit schwankt in der Regel zwischen 14 Tagen und sechs Monaten. Aber auch wenn die geistigen Störungen über ein Jahr und noch länger gedauert haben, ist die Prognose noch keineswegs sehr ungünstig, da sie doch zum grösseren Teil oft noch zur Lösung kommen. Ja es sind sogar Beispiele von Heilungen erwähnt, selbst wenn mit dem Erlöschen der Affecte und dem Fixiertbleiben der Wahnideen der Zustand der secundären Verrücktheit eingetreten war. Krafft-Ebing spricht von 70% Genesungen. In den seltenen Fällen, in denen die Krankheit nicht zur Genesung führt, kann unter Abblassung der Hallucinationen geistige Schwäche eintreten. Mendel erwähnt einen Fall, in welchem sich aus einer im Anschluss an Dysenterie entstandenen Psychose eine chronische hallucinatorische Paranoia entwickelte. Zu erwähnen wäre noch, dass Einige der passiven Form eine bessere Prognose zuschreiben als der agitierten. Im Allgemeinen kann man sagen, je complicierter, gemischter und

mannigfaltiger eine Form verläuft, um so günstiger ist ihre Prognose. Daneben ist ein ganz wesentliches Gewicht auf die ursprüngliche Beanlagung des Kranken und den Stand seiner körperlichen Kräfte zu legen, um den Fall richtig schätzen zu können.

Therapie.

Die erste Frage, welche sich dem Arzte nach der Diagnose »Geisteskrankheit« aufwirft, ist die, ob die Ueberführung des Kranken in eine Anstalt erforderlich ist oder nicht. Bei der Kürze der Dauer der Krankheit in einer Reihe von Fällen wird man da, wo die Wohnung des Kranken und seine Umgebung eine genügende Pflege und Beaufsichtigung möglich machen, vorerst wenigstens abwarten können, ob die Krankheit nicht schnell vorübergeht. Da, wo jene Desiderate nicht vorhanden sind, wird man selbstverständlich die Ueberführung des Kranken in eine Irrenanstalt veranlassen. Jedenfalls ist es geboten, sich nicht zu exspektativ zu verhalten, da die Verantwortung besonders, wenn es sich um die agitierte Form handelt, für den Arzt eine sehr grosse ist. Bei der passiven Form wird bei den unbemittelten Ständen die erforderliche Pflege nicht durchzuführen sein und daher die Anstaltsbehandlung immer erforderlich sein.

Die Indicationen der Behandlung haben davon auszugehen, dass die Haupterscheinungen der Krank-

heit ein Gemisch von Reiz- und Schwächeerscheinungen sind, von denen die einen oder die anderen mehr hervorragen. Die Erfahrung ergiebt, dass in der überwiegenden Zahl der Fälle die Schwächeerscheinungen die Hauptrolle spielen, weshalb denn auch im Ganzen davon die Therapie auszugehen hat. Zu empfehlen ist bei der Behandlung ausser der Isolierung, die zur Herbeischaffung äusserer und innerer Ruhe erforderlich ist, vor Allem Bettruhe. In der grösseren Zahl der Fälle sind die Kranken auch nicht schwierig im Bett zu halten. Ferner werden von manchen Psychiatern besonders Einpackungen in feinste lautemperierte Tücher empfohlen, in denen der Patient stundenlang, soweit es möglich ist, zu halten ist, und laue Bäder, die ebenfalls zu protrahieren sind. Daneben ist für kräftige Diät zu sorgen, bei welcher auch in massvoller Weise vom Wein und Bier Gebrauch zu machen ist. Die Ernährung der Kranken macht allerdings zuweilen Schwierigkeiten. Die Nahrungsverweigerung ist Symptom der Krankheit und ihre Bekämpfung von fundamentaler Bedeutung. Die Verwendung eines noch so gut geschulten Wartepersonals führt nicht immer zum Ziele, so dass häufig genug zur Sondenfütterung geschritten werden muss.

Bleibt der Kranke in der Wohnung, so ist vor Allem vor dem vielgeschäftigen Eingreifen von Medicamenten zu warnen. Besonders gilt dies für die Schlafmittel; selbst in grossen Dosen bringen dieselben häufig gar keine oder nur kurzdauernde Ruhe, zuweilen

erregen sie den Kranken noch mehr. Für den Anfang wird zwar die Bekämpfung der Schlafstörung meist einer direkten Behandlung bedürfen, wobei, wie schon oben erwähnt, Bäder, Einwickelungen und die Darreichung der Alkoholika zunächst in Frage kommen. Erst wenn diese Mittel nicht ausreichen, soll man zu kleinen, mässigen Chloraldosen schreiten.

Die Kranken erholen sich oft sehr langsam. Selbst wenn sie einen gewissen Grad körperlicher Erholung erreicht haben, brauchen sie noch lange Zeit, bis sie zur geistigen Klarheit gelangen, weil die teilweise wieder in der Erinnerung auftauchenden Krankheitserlebnisse die Aufklärung des Bewusstseins noch lange erschweren und aufhalten.

Zum Schlusse dieser Arbeit fühle ich mich veranlasst, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geheimrat Prof. Dr. von Ziemssen für die Anregung zu der vorliegenden Arbeit meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Dornblüth: Psychiatrie.

Derselbe: Acute Dementia. Zeitschrift für Psychiatrie. 1891. XLVII.

Fritsch: Die Verwirrtheit. Jahrbuch für Psychiatrie. 1881.

Griesinger: Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten.

Ilberg: Ueber hallucinatorischen Wahnsinn. Neurologisches Centralblatt. 1894.

Kirn: Zur Kasuistik der Psychosen im Gefolge febriler Erkrankungen. Zeitschrift für Psychiatrie. XXXIX.

Kraft-Ebing: Psychiatrie.

Kräpelin, E.: Psychiatrie.

Derselbe: Archiv für Psychiatrie. XI.

Mendel: Delirium hallucinatorium. Berl. klinische Wochenschrift. 1894.

Meynert: Die acuten hallucinatorischen Formen des Wahnsinns. Jahrbuch für Psychiatrie. 1881.

Schönthal: Ueber acute hallucinatorische Verwirrtheit. Neurol. Centralblatt. 1891.

v. Voigt: Erschöpfungsdelirien. Zeitschrift für Psychiatrie. 1883. XXXIX.

Ziehen: Psychiatrie.